

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 507

Comparaison
entre l'Accouchement Gémellaire
et l'Accouchement Normal
d'après les Statistiques de la Maternité de la Croix-Rousse
de 1927 à 1938

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

le 27 Avril 1939

PAR

M^{me} DIDIERLAURENT-KOFMAN

Née le 19 Mai 1912, à Kharbine



LYON
IMPRIMERIE C. BERLIOZ
7, Rue des Marronniers

1939

**Comparaison
entre l'Accouchement Gémellaire
et l'Accouchement Normal**

**d'après les Statistiques de la Maternité de la Croix-Rousse
de 1927 à 1938**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 507

**Comparaison
entre l'Accouchement Gémellaire
et l'Accouchement Normal**

d'après les Statistiques de la Maternité de la Croix-Rousse
de 1927 à 1938

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

le 27 Avril 1939

PAR

M^{me} DIDIERLAURENT-KOFMAN

Née le 19 Mai 1912, à Kharbine



LYON

IMPRIMERIE C. BERLIOZ

7, Rue des Marronniers

1939

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ, PIC, CONDAMIN,
PAVIOT, NICOLAS, VILLARD, NOVE-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET, CLUZET

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. FROMENT. SAVY.
Cliniques chirurgicales	PATEL. BERARD.
Clinique obstétricale et Accouchements	VORON.
Clinique ophtalmologique	BONNET.
Cliniques dermatologique et syphiligraphique	FAVRE.
Clinique neurologique et psychiatrique	LEPINE (J.).
Clinique médicale infantile	MOURIQUAND.
Clinique gynécologique	COTTE.
Clinique Oto-rhino-laryngologie	REBATTU.
Clinique urologique	CIBERT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	TAVERNIER.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	COURMONT.
Clinique des maladies infectieuses	J. CHALIER.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	PONTHUS.
Chimie biologique et médicale	FLORENCE.
Chimie organique et Toxicologie	MOREL.
Matière médicale et Botanique	MANCEAU.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART.
Anatomie	LATARJET.
Histologie	POLICARD.
Physiologie	HERMANN.
Pathologie interne	CORDIER.
Pathologie générale et thérapeutique	CADE.
Anatomie pathologique	J.-F. MARTIN.
Chirurgie opératoire	SANTY.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie	ARLOING (F.).
Médecine légale	Etienne MARTIN.
Hygiène	ROCHAIX.
Pharmacie et Pharmacologie	LEULIER.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	MM. THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GABRIELLE	GUILLEMINET	DE ROUGEMONT	MORIN
DECHAUME	MORENAS	P. RAVAUULT	BERTRAND
BERNHEIM	REVOL	PIGEAUD	CLAVEL
POLLOSSON	ENSELME	CROIZAT	LEVRAT
CHAMBon	SEDALLIAN	JOSSERAND	
EPARVIER	CREYSSSEL	DELORE	



EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur VORON, président.
MM. RHENTER, ÉPARVIER, PIGEAUD, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Je lui dédie cet humble travail en
témoignage de ma reconnaissance et
de ma profonde affection.

A MON MARI

A MA MERE

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON

Professeur de Clinique Obstétricale

Nous le remercions du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous le prions de bien vouloir agréer l'expression de notre gratitude.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RHENTER

Accoucheur des Hôpitaux

Nous avons eu l'honneur d'être son élève pendant plusieurs mois, le temps passé dans son service fut l'un des plus profitables et des plus agréables moments de notre vie d'étudiante.

Il a bien voulu nous confier le sujet de cette thèse, ne nous ménageant dans cette élaboration ni son temps, ni ses conseils. Qu'il soit assuré de notre profonde reconnaissance et de notre entier dévouement.

Comparaison entre l'Accouchement Gémellaire et l'Accouchement Normal

d'après les Statistiques de la Maternité de la Croix-Rousse
de 1927 à 1938

INTRODUCTION

La gestation et l'accouchement gemellaires ont fait l'objet d'une quantité de travaux, parmi lesquels compte au premier rang la monographie de M. APERT, que nous citons très souvent dans notre travail.

Comme M. le Professeur agrégé RHENTER possédait 142 observations recueillies pendant onze ans, à la Maternité de la Croix-Rousse, il nous a fait l'honneur de nous confier un travail de statistiques concernant quelques questions essentielles qui se posent à propos de la gemellité ; plus spécialement sa comparaison avec l'accouchement d'un seul enfant. Ainsi se trouverait complété le travail déjà présenté en 1934 par un autre de ses élèves, M. Jean MOUSSIER.

Nous n'avons pas la prétention de faire ici une revue générale de toutes les questions qui ont rapport à la gestation et l'accouchement gémellaire. Nous laisserons, par exemple, de côté les notions anato-

miques, physiologiques et embryologiques ; le modeste intérêt de ce travail se trouverait, à notre sens, dans les chiffres qu'il nous donne l'occasion de présenter et parfois de commenter. Nous n'envisagerons donc que les questions les plus importantes qui peuvent se discuter à propos de la gémellité et de son parallèle avec l'accouchement normal, ce qui nous conduit à établir plusieurs chapitres :

- 1° La fréquence des gestations gémellaires ;
 - 2° L'âge et le degré de parité ;
 - 3° Les antécédents héréditaires ou personnels et les influences pathologiques ;
 - 4° Le terme de l'accouchement ;
 - 5° Son évolution ;
 - 6° Les présentations de chacun des fœtus ;
 - 7° L'écart entre les deux accouchements ;
 - 8° Les interventions ;
 - 9° La marche de la délivrance ;
 - 10° Les caractères anatomiques de l'œuf ; le poids et le sexe des enfants ;
 - 11° Les suites de couches ;
 - 12° Le sort des enfants.
-

I

LA FREQUENCE DES GESTATIONS GEMELLAIRES

White a publié, en 1856, un énorme travail de statistique concernant le nombre de gestations gémellaires et des autres gestations multiples. Il a trouvé, pour un total de 13.630.569 accouchements :

149.969 grossesses doubles,
1.649 grossesses triples,
36 grossesses quadruples.

En France, d'après les statistiques internationales comparatives de March, le nombre des accouchements gémellaires varie entre 9,9 et 11 pour 1.000.

Plus récemment, M. Vermelin cite, dans son article de l'*Encyclopédie*, une grossesse double par 89 accouchements, ce qui correspond à peu près aux chiffres de March.

Pour M. Apert : dans tous les pays d'Europe, sauf la Belgique, la proportion est un peu plus élevée qu'en France.

D'ailleurs le nombre de grossesses gémellaires en France varie suivant les départements, les chiffres

les plus élevés s'observent dans les départements de la Savoie, du Jura, des Vosges et de la Bretagne.

Personnellement nous signalons pendant onze ans à la Maternité de la Croix-Rousse, 142 observations d'accouchements gémellaires et aucune d'accouchement triple pour un ensemble de 13.635 accouchements, soit une proportion de 10,4 pour 1.000.

II

L'ÂGE ET LE DEGRÉ DE PARITÉ

1° *L'âge*. — Plusieurs auteurs signalent l'influence de l'âge mur sur la capacité de la mère à engendrer des jumeaux.

M. Apert donne, dans son livre, des chiffres concernant la fréquence des accouchements gémellaires dans chaque groupe d'âge ; il en découle que c'est entre 35 et 39 ans qu'on trouve surtout des grossesses doubles.

D'après Duncan, Pinard, et, plus récemment Engelhorn, l'âge le plus favorable pour la gestation gémellaire serait, en effet, entre 25 et 29 ans.

Nos observations nous donnent :

5 cas de gémellité chez les femmes de moins de 20 ans.

79 cas de gémellité chez les femmes de 20 à 30 ans.

56 cas de gémellité chez les femmes à partir de 30 ans.

2 cas non déterminés.

Nous avons donc observé, en chiffre absolu, plus de cas de grossesses doubles chez les femmes avant 30 ans qu'après. Mais il convient peut-être d'établir à ce point de vue un calcul proportionnel :

Ainsi 84 gestations gémellaires ont été observées avant 30 ans, exactement sur 9.485 femmes, la proportion serait donc de 0,95 pour 100.

Les 56 gestations gémellaires observées à partir de 30 ans l'ont été chez 3.150 femmes, et la proportion serait ainsi de 1,6 pour 100.

2° *Le degré de parité.* — D'après les classiques, la question de la parité a une certaine importance dans la gémellité. On admet volontiers que la gestation double se rencontre surtout chez les multipares.

Pour M. Apert, le plus grand nombre de jumeaux se voit entre la cinquième et la troisième grossesse.

Personnellement, nous notons, sur 142 observations :

56 cas de grossesse gémellaire chez des primipares.

86 cas de grossesse gémellaire chez des multipares, dont 12 ayant eu au moins cinq enfants.

La proportion des multipares atteindrait environ 60,7 %.

III

LES ANTECEDENTS HEREDITAIRES OU PERSONNELS ET LES INFLUENCES PATHOLOGIQUES

L'hérédité de la gémellité n'est plus discutable ; on y distingue l'influence héréditaire familiale et la prédisposition personnelle.

Nous ne possédons qu'un chiffre très faible comme indice de cette influence, que nous ne pouvons affirmer que dans 4 cas : 2 de gémellité héréditaire et 2 de répétition chez la même femme. Ce nombre très faible est certainement dû à un interrogatoire insuffisant : en ce qui concerne du moins l'influence héréditaire, les accouchées sont souvent mal renseignées sur leurs antécédents familiaux et dans le milieu où nous évoluons, à l'hôpital, il est difficile de pousser l'enquête à fond. Nous retiendrons qu'il s'agit, dans ces 4 cas, de gestations bi-vitellines, ce qui répondrait à l'idée classique de l'hérédité n'agissant que dans le cas de la grossesse bi-vitelline.

En ce qui concerne *les causes pathologiques* de la gémellité, le rôle de la syphilis a été incriminé pour

la première fois par E. Fournier. Depuis lors la plupart des auteurs se sont ralliés à sa manière de voir, particulièrement Merklen, Bar et Couvelaire.

D'après les observations de la Maternité de la Croix-Rousse, on note 16 cas de syphilis certaine en se basant pour l'affirmer sur la présence des tréponémas dans le foie et la rate des nouveaux-nés morts, le poids du placenta, les stigmates de syphilis chez les parents, les recherches de laboratoire et les aveux.

Ce chiffre constitue le pourcentage de 11,2 sur 142 accouchements.

D'autre part, on ne relève que 322 cas de syphilis dans les grossesses uniques sur un nombre total de 13.193 accouchements, ce qui constitue environ une proportion de 2,4. Donc le chiffre de syphilis observé dans la grossesse gémellaire est nettement supérieur à celui de la grossesse unique.

M. Apert insiste beaucoup sur la relation qui existe entre la syphilis et la grossesse uni-vitelline ; personnellement, nous ne pouvons citer que 2 cas de grossesse uni-vitelline suspects de syphilis, mais trop mal caractérisés pour que nous ayons pu les compter parmi nos cas de syphilis. **Toutes les observations de syphilis certaine appartiennent, de ce fait, à la grossesse bi-vitelline.**

ACCIDENTS DE LA GESTATION

Nous retiendrons parmi les accidents pouvant survenir au cours d'une gestation gémellaire :

1) *L'hydramnios.*

Celle-ci peut soit revêtir une forme aiguë et précoce, s'installant dès le troisième ou quatrième mois de la gestation, soit devenir tardive et chronique, fait banal pouvant survenir également dans une gestation simple.

On note, d'après nos observations, en tout, 27 cas d'hydramnios, ce qui fait une proportion de 12,5 pour 100.

Ce total comprend un cas d'hydramnios aiguë et deux cas d'hydramnios précoce. Ces formes sont d'ailleurs d'un pronostic fœtal très grave ; dans ces trois cas on n'a pu avoir qu'un seul enfant vivant et normalement constitué.

D'autre part, nous avons retenu 38 cas d'hydramnios pendant 11 ans, ce qui fait un pourcentage minime d'environ 0,3 pour 100. Si nous comparons alors les deux pourcentages, celui d'hydramnios observée dans la grossesse gémellaire à celui dans la grossesse normale, **on voit donc qu'il existe un rapport certain entre la gémellité et l'hydramnios, conformément à l'opinion classique.**

2) *Toxémie gravidique.*

La toxémie gravidique apparaissant au cours d'une gestation gémellaire peut aller de la banale albuminurie aux formes les plus graves et jusqu'à l'éclampsie.

De nos statistiques nous retenons :

13 cas d'albuminurie simple,

1 cas de toxémie grave,

1 cas d'éclampsie,

Nous y ajouterons 3 cas de vomissements graves.

L'opinion classique qui admet la fréquence des éclampsies dans la gestation gémellaire ne peut donc guère être vérifiée d'après nos observations ; de même pour sa gravité, la seule malade signalée ayant guéri. Mais si nous faisons la comparaison entre la fréquence des diverses formes de toxémies dans la gestation gémellaire et dans la gestation normale, nous ne relevons que 132 cas de toxémies survenues pendant 11 ans dans la gestation normale.

Les toxémies seraient donc en réalité moins fréquentes dans les gestations simples.

Il en est de même pour les *vomissements graves* : 42 cas seulement ont été relevés pour 13.493 accouchements (donc 2,1 contre 0,3).

3) *Les avortements gémellaires.*

La grossesse gémellaire se poursuit généralement bien jusqu'à une date plus ou moins rapprochée du terme de l'accouchement, mais elle peut parfois être interrompue précocement par un avortement.

Nous avons recueilli en tout 11 observations d'avortements gémellaires, ce qui constitue environ 3,8 %.

Ces 11 cas sont survenus respectivement :

1 fois au deuxième mois,

5 fois au troisième mois,

2 fois au cinquième mois,

et 1 fois au sixième mois.

Il en découle que l'avortement gémellaire se produit le plus souvent au troisième mois.

IV

LE TERME DE L'ACCOUCHEMENT

On admet volontiers que le terme de l'accouchement est avancé dans la grossesse gémellaire. Plusieurs auteurs précisent ce fait :

Pinard et Monteiro l'ont observé :

85 fois sur 100 chez les primipares et

75 fois sur 100 chez les multipares.

De même M. Apert cite sur un nombre total de 150 observations :

66 accouchements à terme et à voisinage du terme ;

38 accouchements à 7 mois et moins de 7 mois.

Nous relevons dans nos statistiques :

78 accouchements à terme et 8 mois 1/2;

36 accouchements à 8 mois;

15 accouchements à 7 mois 1/2;

8 accouchements à moins de 7 mois ;

et 4 cas non déterminés.

Nous avons donc une proportion de 55 % d'accouchements à terme ou au voisinage du terme.

V

L'EVOLUTION DE L'ACCOUCHEMENT

Les phases de l'accouchement ont été toujours bien précisées et nous avons pu dégager de l'ensemble des observations les réflexions suivantes :

1° *Rupture des membranes.*

Nous avons constaté :

17 fois la rupture spontanée des deux poches,

18 fois la rupture prématurée des deux poches,

32 fois la rupture artificielle des deux poches,

1 fois la rupture artificielle de la première poche,

40 fois la rupture artificielle de la deuxième poche,

36 fois la rupture précoce de la première poche, et artificielle de la deuxième.

Donc, le plus souvent on est obligé de rompre artificiellement la première poche ou si celle-ci est rompue prématurément, le deuxième fœtus se faisant attendre, on rompt artificiellement la deuxième poche.

Mais en définitive c'est surtout la deuxième poche que l'on doit rompre artificiellement.

Dans l'accouchement normal, nous avons observé, sur un ensemble de 1.000 accouchements pris au hasard, les chiffres suivants :

247 fois la rupture spontanée de membranes,
496 fois la rupture précoce et prématurée de membranes,
235 fois la rupture artificielle de membranes,
et 22 fois la rupture de membranes n'a pas pu être déterminée.

De l'ensemble de ces chiffres, il découle que, **dans la grossesse unique on rencontre plus fréquemment la rupture précoce ou prématurée des membres, tandis que, dans la grossesse gémellaire, leur rupture artificielle est plus souvent nécessaire.**

2° *Durée de la dilatation.*

D'après nos statistiques, la période de la dilatation a duré :

a) *chez les primipares :*

24 fois jusqu'à 12 heures,
16 fois de 12 à 24 heures,
11 fois plus de 24 heures.

b) *chez les multipares :*

62 fois jusqu'à 12 heures,
19 fois de 12 à 14 heures,
2 fois plus de 24 heures.

Dans la grossesse unique, sur un ensemble de 1.000 accouchements, cette période a duré :

chez les primipares :

215 fois jusqu'à 12 heures,
150 fois de 12 à 24 heures,
61 fois plus de 24 heures.

et chez les multipares :

415 fois jusqu'à 12 heures,
101 fois de 12 à 24 heures,
28 fois plus de 24 heures.

(Sur ces 1.000 accouchements, 30 fois la durée de la dilatation n'a pas pu être déterminée).

Si on compare la durée de la dilatation dans l'accouchement gémellaire à celle observée dans l'accouchement d'un enfant unique, on peut en déduire que les périodes de la dilatation sont sensiblement égales ; **la durée de la dilatation dans les accouchements normaux est seulement un peu inférieure à celle observée dans les accouchements gémellaires.**

3° Durée de l'expulsion.

L'étude de la durée de période de l'expulsion donne les chiffres suivants :

a) *chez les primipares :*

52 fois moins de 2 heures,
3 fois plus de 2 heures.

b) *chez les multipares :*

80 fois moins d'une demi-heure,
5 fois plus d'une demi-heure.

Normalement nous avons observé toujours sur un nombre total de 1.000 accouchements, *chez les primipares* :

422 fois moins de 2 heures,

18 fois plus de 2 heures.

et chez les multipares :

529 fois moins d'une demi-heure,

5 fois plus d'une demi-heure.

et 26 fois la période de l'expulsion n'a pas pu être déterminée.

De même que pour la dilatation, les durées d'expulsion sont sensiblement égales pour les accouchements uniques et pour les accouchements gémellaires.

VI

LES PRESENTATIONS DE CHACUN DES FŒTUS

Dans un relevé de 464 accouchements, Ribemont avait trouvé les présentations suivantes, d'après leur ordre de fréquence :

- 195 fois deux sommets ;
- 118 fois un sommet, un siège ;
- 75 fois un siège, un sommet ;
- 48 fois deux sièges ;
- 16 fois un sommet, une épaule ;
- 6 fois un siège, une épaule ;
- 2 fois une épaule, un sommet ;
- 2 fois une épaule, un siège.

Personnellement nous trouvons :

- 54 fois deux sommets ;
- 48 fois un sommet (dont un bregma), un siège ;
- 10 fois deux sièges ;
- 19 fois un siège, un sommet (dont un bregma) ;
- 7 fois un sommet, une épaule ;
- 1 fois un siège, une épaule ;
- (3 fois la présentation n'a pas pu être déterminée).

Nous n'avons jamais rencontré les présentations d'épaule-sommet et d'épaule-siège, ni de face ni de front.

Pour 13.493 accouchements simples, nous avons, par comparaison, trouvé comme présentations anormales:

466 sièges,
51 épaules,
30 faces,
26 bregma.

Les proportions seraient donc les suivantes :

- a) *Sièges* : 19,7 % pour les jumeaux et 3,5 % pour les fœtus uniques ;
- b) *Epaules* : 2,8 % pour les jumeaux, et 0,4 % pour les fœtus uniques ;
- c) *Faces* : pas de présentations de faces dans les cas de jumeaux, pour les fœtus uniques, cette proportion est de 0,23 % ;
- d) *Bregma* : 0,7 % pour les jumeaux et environ 0,2 % pour les fœtus uniques.

En somme, **les présentations de siège seraient de beaucoup plus fréquentes dans les accouchements gémellaires que dans les accouchements normaux ; les autres présentations anormales seraient dans une proportion à peu près identique.**

VII

L'ECART ENTRE LES DEUX ACCOUCHEMENTS

En général, les divers auteurs indiquent comme temps de repos entre deux accouchements une moyenne de 30 minutes. On a signalé, dans quelques cas exceptionnels (peut-être de superfœtation) des intervalles de plusieurs jours, voire de plusieurs semaines entre la naissance de deux jumeaux ; nous ne possédons aucun cas de ce genre.

Dans nos observations, nous notons :

Un écart de moins de 15' 58 fois ;

Un écart de 15' à 30' 57 fois ;

Un écart de 30' à 1 h., 16 fois, et enfin :

Un écart de plus d'une heure, 2 fois seulement ;

9 fois l'écart n'a pas pu être déterminé.

Les chiffres extrêmes sont 1 h. 20 et 1 h. 30., le dernier est donc notre chiffre maxima.

Il apparaît que, pratiquement, l'intervalle qui sépare l'accouchement du deuxième jumeau de celui du premier est fort court.

VIII

LES INTERVENTIONS

Les interventions apparaissent comme sensiblement plus fréquentes dans l'accouchement gémellaire que dans l'accouchement normal.

Si nous prenons, en effet, le chiffre total des interventions pratiquées dans 13.493 accouchements, nous arrivons au total de 7 %, **tandis que celles de l'accouchement gémellaire atteignent le chiffre impressionnant de 20,07 %.**

Nous avons classé les interventions relevées suivant qu'il y a eu dystocie pour l'accouchement du premier jumeau ou pour l'accouchement du deuxième.

Sur le premier jumeau on a pratiqué :

un forceps,
une version,
une grande extraction de siège.

Sur le deuxième jumeau :

Un forceps,
10 versions,
11 grandes extractions du siège.

Lorsqu'il y a eu des cas de *dystocies simultanés*, nous avons également noté :

Une fois, 2 versions,

Une fois deux grandes extractions du siège,

9 fois un forceps suivi de version,

9 fois un forceps suivi de grande extraction du siège,

1 fois une grande extraction du siège suivi de version.

Il résulte de cette énumération qu'aucune intervention chirurgicale ne s'est jamais trouvée indiquée, comme le volume *à priori* inférieur à la moyenne des fœtus pouvait le faire prévoir.

IX

LA MARCHE DE LA DELIVRANCE

On ne signale rien de particulier en ce qui concerne le mécanisme de la délivrance dans l'accouchement gémellaire.

Nous mentionnons, pour notre part, **le chiffre important de délivrances artificielles que nous comptons au nombre de 46 sur 142 accouchements, soit 32,7 %.**

Si nous relevons, par comparaison, le chiffre total de délivrances artificielles pratiquées à la Maternité de la Croix-Rousse, pendant 11 ans, nous n'en comptons seulement qu'un peu plus de 3 % par rapport au nombre total d'accouchements.

Les délivrances artificielles furent essentiellement indiquées par *les hémorragies de la délivrance*. Celes-ci sont, en effet, fréquentes dans l'accouchement gémellaire ; nous en trouvons 73 cas, soit une proportion de 51,5 %.

Nous avons noté :

14 fois des hémorragies de 500 grammes.

36 fois des hémorragies de 500 à 800 grammes,

15 fois des hémorragies de 800 à 1.000 grammes,

18 fois des hémorragies de plus de 1.000 grammes.

Le chiffre maximum est de 1.900 grammes, et d'autres chiffres intéressants à noter sont, une fois 1.800 grammes et, cinq fois, 1.400 grammes.

De cet ensemble des chiffres on peut déduire **l'importance en cas d'accouchement gémellaire des hémorragies de la délivrance qui, pour l'accouchement simple, ne dépasse pas 10 %.**

Nous n'avons d'ailleurs retenu malgré la fréquence et l'importance de pertes sanguines, que 10 cas de *shock*, soit 7 %, et aucun ne fut mortel.

Dans la grossesse unique, on a trouvé 158 *shock* sur un total de 13.493 accouchements, soit 1,25 %.

X

LES CARACTERES ANATOMIQUES DE L'ŒUF ; LE POIDS ET LE SEXE DES ENFANTS

Pour 142 œufs gémellaires, nous n'avons observé que fort peu de *grossesses uni-vitellines*: leur chiffre ne dépasse pas en effet la dizaine, pourtant les examens du délivre ont été pratiqués d'une façon minutieuse.

Il est intéressant à ce sujet de comparer nos chiffres avec ceux établis par d'autres auteurs : Bar note, sur 43 grossesses doubles, 30 grossesses bi-vitellines et 13 uni-vitellines, ce qui constitue 30 % de ces dernières. Ahlfeld cite, sur 3.000 accouchements, 37 grossesses doubles, dont 24 % des uni-vitellines. De même, le Docteur Apert donne pour la France, sur le chiffre total de 10.000 accouchements, 77 grossesses bi-choriales et 33 grossesses mono-choriales.

Notre proportion de grossesses uni-vitellines est donc nettement inférieure à celle des autres statistiques.

De nombreux auteurs admettent comme *poids moyen des jumeaux* 2.000 à 3.000 gr. ; M. Apert donne également une moyenne de 2.500 gr. Pinard attache une grosse importance au rôle du repos, surtout pendant les derniers mois de la grossesse.

Dans notre classification, nous avons pris comme base d'étude 3.000 gr. et admis les catégories suivantes :

- 1) 13 fois les 2 jumeaux pèsent plus de 3.000 gr.
- 2) 109 fois les 2 jumeaux pèsent moins de 3.000 gr.
- 3) 8 fois le 1^{er} jumeau pèse plus de 3.000 gr.
8 fois le 2^e jumeau pèse moins de 3.000 gr.
- 4) 9 fois le 1^{er} jumeau pèse moins de 3.000 gr.
9 fois le 2^e jumeau pèse plus de 3.000 gr.

Donc, en général, les jumeaux pèsent moins de 3.000 gr.

On a souligné maintes fois les écarts minimes de poids des deux jumeaux dans la grossesse bi-vitelline et, par contre, les écarts considérables observés dans la grossesse uni-vitelline. Cette inégalité du poids dans la grossesse uni-vitelline ne se vérifie pas d'après nos chiffres, le maximum d'écart étant de 550 gr. Par contre, nous avons observé des écarts de poids très considérables dans la grossesse bi-vitelline.

Nous avons noté sur la totalité de nos observations :

54 cas où les écarts dépassent 300 gr.

23 cas où les écarts dépassent 500 gr.

Les écarts maximum sont de : 1.100 gr. 2 fois ;
1.700 gr. 1 fois, et enfin de 1.750 gr. 1 fois.

Nous avons trouvé, d'après nos observations, 138 *filles* et 142 *garçons* ; 2 fois le sexe n'a pas pu être

déterminé chez des femmes accouchées à domicile et dont les enfants avaient succombé.

Dans 44 cas, il s'est agi de grossesses bi-vitellines, aboutissant à l'accouchement de *deux jumeaux de sexe différent* ; ceci constitue une proportion d'environ 35 %.

XI

LES SUITES DE COUCHES

L'étude de nos observations montre des suites de couches souvent *troublées, mais nous n'avons relevé qu'un cas mortel* (la malade ayant succombé à une asystolie aiguë).

Du point de vue de la *morbidité*, nous avons observé les accidents suivants :

Infection puerpérale généralisée 2 fois

Phlébite 3 fois

Endométrite 15 fois

Signalons pour mémoire 6 cas d'infection mammaire dont un abcès et deux cas de colibacillose.

Par comparaison, le nombre des cas d'endométrite pour un ensemble de 13.493 accouchements uniques, n'ayant pas dépassé 368 cas, la proportion est de 2,7 % environ. Le nombre d'endométrites paraît donc sensiblement plu sélevé dans la grossesse gémellaire où la proportion est de 10,5 %.

De même pour la *phlébite* (0,18 % pour l'ensemble des accouchements contre 2,10 %).

En revanche, les *infections généralisées* restent rares dans l'accouchement gémellaire et aucune ne fut mortelle.

XII

LE SORT DES ENFANTS

On est d'accord pour estimer que la mortalité des jumeaux est supérieure à celle des enfants nés de grossesses uniques.

En ce qui concerne *la mortinatalité et la mortalité précoce* du nouveau-né (nous voulons dire au cours de la période où la mère séjourne à l'hôpital), nous avons relevé en tout 32 cas de morts. Le taux serait donc d'environ 11,3 %, soit **un enfant sur 10**.

Cette proportion apparaît comme considérablement élevée, si on la compare à la statistique de mortinatalité et de mortalité précoce pendant la même période pour les enfants uniques ; celle-ci ne fut que de 3,5 %, soit un enfant vivant sur 32. **La mortalité des jumeaux apparaît donc comme triple de celle des enfants uniques.**

La fréquence des accouchements prématurés et la débilité congénitale fourniraient a priori l'explication de cette lourde différence.

Pratiquement, 142 accouchements gémellaires ont donc abouti à la naissance de 252 enfants vivants,

ayant survécu aux suites de naissance. Il serait intéressant de préciser les différences, du point de vue de mortalité, entre le premier et le deuxième jumeau.

Nous avons noté *pour le premier jumeau* :

9 cas de mortinatalité ;

6 cas de mort la première semaine ;

1 cas de mort avant la sortie du service.

Chez deux enfants, le développement était défectueux au moment de leur départ du service.

Pour le deuxième jumeau, nous avons noté :

5 cas de mortinatalité ;

10 cas de mort la première semaine ;

1 cas de mort avant la sortie du service.

Chez 4 enfants, le développement était défectueux au moment de leur départ du service.

Il en ressort, contrairement à l'opinion classique, un moindre pourcentage de mortinatalité pour le deuxième jumeau, mais par contre une plus grande mortalité dans la première semaine qui suit la naissance,

En ce qui concerne la différence de la mortinatalité entre les jumeaux uni-vitellins et bi-vitellins, nous avons trouvé les chiffres suivants :

28 cas de mort chez les jumeaux bi-vitellins ;

4 cas de mort chez les jumeaux uni-vitellins, ce qui nous fait 40 % pour les derniers et environ 13 % pour les premiers.

La statistique de Weinberg attribue une morti-

natalité de 57 % chez les jumeaux uni-vitellins et de 49 % chez les bi-vitellins. Notre pourcentage de mortinatalité chez les bi-vitellins est donc considérablement moindre.

Pour entrer dans plus de détails, nous avons cherché à préciser les causes de la mort de chacun de ces 32 enfants. Ces causes sont les suivantes, d'après leur ordre de fréquence :

14 cas de mort dus à la syphilis, dont 12 indiscutables ;

4 cas de mort de cause inconnue ;

3 cas de mort dus à la toxémie ;

3 cas de mort chez des tuberculeux ;

2 cas de mort dus au rétrécissement du bassin ;

2 cas de mort dus à la prématuration ;

1 cas de mort dû à une hernie ombilicale ;

1 cas de mort dû à une malformation cardiaque ;

1 cas de mort dans un cas d'hydramnios ;

1 cas de mort dû à une hémorragie méningée.

En somme, presque la moitié des cas de mort sont dus à la syphilis.

Année	Age	Parité	Antécédents			Accidents de gestation		Date d'accouchement	Hydr- amnios	Rupture des membranes		Durée de dilata- tion	Durée d'expulsion		Présentations		Ecart entre 2 accou- che- ments	Interventions		Délivrance		Pla- centa Poids	Shoc	Variété de grossesse		Poids des enfants		Suites de couches	Sort des enfants		Divers								
			Hé- réd.	ε ζ	Divers	Albumine	Vomisse- ments			I	II		I	II	I	II		I	II	Artifi- cielle	Perte du sg			Bi	Uni	I	II		I	II									
Année 1927																																							
403	24	I	»	»	»	»	»	7 mois	»	artificielle	artificielle	3 h. 10'	10'	10'	OID	OIG	15'	Gde ext du siège	Version	»	1100	1060	»	»	+	1850	1820	»	Prématuré	Prématuré	»								
645	32	III	»	»	»	»	»	terme	»	spontanée	artificielle	1 h. 15'	5'	5'	OID	OID	10'			»	»	»	400	800	»	»	»					2350	1720	»	»	»			
683	22	I	»	»	»	»	»	terme	»	artificielle	artificielle	4 h. 30'	30'	3'	Siège ct	OID	10'			»	»	»	1400	1300	»	+	»					1520	1590	»	»	»			
792	23	I	»	+	»	»	»	terme	»	spontanée	artificielle	12 h. 15'	»	»	OIG	Siège ct	15'			»	»	»	100	640	»	+	»					3220	2950	»	»	»	B.W. (+)		
033	26	II	»	»	»	»	»	7 mois 1/2	»	spontanée	artificielle	4 h. 30'	5'	10'	OID	OIG	20'			»	»	»	250	870	»	+	»					1950	1930	»	»	»	»		
062	36	IV	»	»	»	»	»	terme	»	artificielle	artificielle	2 h.	10'	5'	OID	OIG	20'	»	»	»	830	870	»	+	»	2770	2430	»	»	»	»								
	34	VII	»	»	Asystolie	Gde crise d'asystolie	»	7 mois	»	artificielle	artificielle							»	»	»	+	1200		»	+	»	700	700	Mort	Mort-né	Mort-né	»							
Année 1928																																							
78	38	XII	»	»	»	Gr. disq. alb.	Très accentués	7 mois	+	artificielle	artificielle	7 h.	3'	5'	OID	OIG	5'	Forceps	Version	»	1400	1060	»	+	»	790	1220	Inf. puerp. moy. Endométrite	macéré	+ le 2 ^e jour	»								
89	29	I	»	»	»	Albuminurie	»	terme	+	spontanée	spontanée	24 h.	»	»	OIG	Siège ct	»			»	»	»	1000	1000	+	+	»					2780	3300	»	»	»			
235	38	IV+1 f. c.	»	»	»	Albuminurie	»	terme	+	prématurée	artificielle	4 h. 40'	10'	10'	OIG	OIG	15'			»	»	»	970	1150	+	+	»					3150	3500	»	»	»	»		
555	31	IV+2 f. c.	»	+	»	»	»	8 mois 1/2	»	spontanée	spontanée	4 h. 50'	10'	10'	Siège ct	OIG	15'			»	»	»	230	870	»	+	»					2430	1680	»	+	»	B.W. (+)		
63	35	III+1 f. c.	»	»	»	»	»	6 mois	»	spontanée	spontanée	2'	2'	2'	Siège déc.	OID	2'			»	»	»	170	500	»	»	»					990	980	»	Mort le 1 ^{er} jour	Mort le 1 ^{er} jour	»		
86	26	I	»	»	»	»	»	7 mois 1/2	»	prématurée	artificielle	28 h.	5'	10'	OIG	OID	10'	Gde extr. du siège	»	»	730	970	»	+	»	2070	2240	»	»	»	»								
56	34	V	»	»	ovar., lés. pul.	»	»	terme	»	spontanée	spontanée	2 h.	2'	»	OIG	Siège ct	15'			»	»	»	250	920	»	+	»	2070	2750	»	»	»	»						
83	35	III+1 f. c.	»	»	»	»	»	8 mois 1/2	»	spontanée	artificielle	6 h.	10'	20'	Siège déc.	OIG	1 h. 20'			»	»	»	500	980	»	+	»	2830	3150	»	»	mort-né	»						
24	20	I	»	+	»	»	»	8 mois 1/2	+	prématur.	prématur.	1 h. 45'	45'	10'	OIG	OIG	10'			»	»	»	1200	1120	»	+	»	2850	2200	»	macéré	»	»						
49	27	IV	»	»	»	»	»	terme	»	spontanée	spontanée	2 h.	5'	10'	OID	OIG	30'			»	»	»	200	1070	»	+	»	3050	3000	»	»	»	»						
Année 1929																																							
3	39	II + 1 f. c.	»	»	»	»	»	terme	»	spontanée	artificielle	25'	»	»	OID	OIG	45'	Gde ext. du siège	Vers.+G. ext. s.	»	800	1060	»	+	»	3000	3020	»	»	»	»								
47	21	I	»	»	»	Gr. disq. alb.	»	terme	»	spontanée	artificielle	3 h. 30'	30'	5'	Siège ct	Siège ct	20'			»	»	»	1400	1120	+	+	»					2230	2650	»	»	»	»		
78	»	I	»	»	»	Albuminurie	»	8 mois 1/2	»	précoce	précoce	4 h. 45'	»	5'	Siège ct	OID	10'			»	»	»	350	990	»	+	»					2100	2520	»	»	»	»		
38	27	II	»	»	Bassin vicié	»	»	8 mois	»	prématur.	prématur.	11 h.	»	»	OIG	Siège ct	30'			»	»	»	500	670	»	»	+					1500	1900	»	mort-né	mort-né	»		
63	19	I	»	»	»	Albumin.	»	8 mois 1/2	»	prématur.	artificielle	1 h. 45'	0 h. 15'	15'	OIG	Siège ct	15'			»	»	»	470	710	»	»	»					2400	2550	»	»	»	»		
30	28	I	»	»	»	»	»	terme	»	spontanée	artificielle	»	»	»	OIG	AIG	»	Forceps	Version	»	900	1050	»	+	»	2820	3270	»	»	»	»								
33	36	I + 1 f. c.	»	»	Tuberculose	»	»	terme	+	spontanée	artificielle	2 h. 15'	1 h. 30'	»	OIG	AIG	30'			Gde extr. du siège	»	+	1300	1100	»	+	»	2760	2650	»	»	»	»						
96	37	V	»	+	Mari tuberc.	»	»	terme	+	spontanée	artificielle	2 h.	5'	5'	OIG	Siège ct	25'			»	»	»	700	1190	»	+	»	3360	3110	»	»	»	B.W. (+)						
2	24	II	»	»	»	»	»	terme	+	spontanée	artificielle	»	5'	5'	OIG	OID	10'			»	»	»	400	990	»	+	»	2250	1980	»	»	»	»						
6	31	III	»	»	»	»	»	8 mois	+	artificielle	artificielle	»	5'	»	OID	Siège ct	30'			»	Gde extr. du siège	»	630	1110	»	+	»	2050	2420	»	»	»	»						
50	27	I	»	»	»	»	»	terme	+	précoce	artificielle	6 h.	»	»	OIG	Siège ct	10'	Forceps	Gde extr. du siège	»	300	1070	»	+	»	2200	2400	»	Abcès du sein Coli-bacillose	»	»	»							
75	33	I	»	»	»	»	»	7 mois 1/2	+	prématur.	artificielle	9 h. 30'	3 h. 10'	»	OIG	Siège ct	»			»	Gde extr. du siège	»	1000	830	»	+	»						1960	1630	»	»	»	»	
13	27	II	»	»	»	»	»	8 mois	»	précoce	artificielle	4 h. 15'	5'	10'	Siège ct	OIG	10'			»	»	»	600	1120	»	+	»						2450	2900	»	»	»	»	
4	24	II	»	»	»	»	»	7 mois	+	prématur.	prématur.	2 h. 15'	5'	3'	OIG	OID	5'			»	»	»	100	600	»	+	»						1630	1350	»	»	»	»	
Année 1930																																							
9	30	IV	»	»	»	»	»	»	»	artificielle	artificielle	2 h. 25'	5'	3'	OIG	Siège ct	20'	»	»	»	300	1100	»	+	»	2220	2530	»	»	»	»								
3	38	III	»	»	»	»	»	8 mois	»	précoce	précoce	2 h. 45'	5'	2'	OIG	OID	5'			»	»	»	500	770	»	»	»					1960	2330	»	»	»	»		
8	32	I	»	»	»	»	»	7 mois 1/2	»	spontanée	artificielle	5 h.	2 h.	15'	OID	OIG	15'			Forceps	»	»	700	900	»	+	»					2450	2000	»	»	»	»		
6	24	II	»	»	»	»	»	terme	»	précoce	précoce	»	5'	15'	OIG	Siège ct	15'					»	»	»	800	950	»					»	+	2820	2780	»	»	»	»
9	32	IV	»	+	»	»	»	8 mois 1/2	»	spontanée	spontanée	16 h. 45'	45'	5'	OIG	Siège ct	30'					»	»	»	300	1000	»					+	»	3220	2870	»	»	»	B.W. (-)
27	27	IV	»	»	»	»	»	7 mois 1/2	+	spontanée	artificielle	1 h. 25'	5'	5'	OID	Siège déc.	15'	»	»	»	300	1000	»	+	»	3220	2870	»	»	»	»								
4	24	I	»	»	»	»	»	8 mois 1/2	»	spontanée	spontanée	17 h. 45'	45'	15'	OIG	OID	15'			»	»	»	900	1100	»	+	»					2860	2550	»	»	»	B.W. (+)		

Année	Age		Parité	Antécédents			Accidents de gestation		Date d'accouchement	Hydr-amnios	Rupture des membranes		Durée de dilata-tion	Durée d'expulsion		Présentations		Ecart entre 2 accou-che-ments	Interventions		Délivrance		Pla-centa	Shoc	Variété de grossesse		Poids des enfants		Suites de couches	Sort des enfants		Divers	
																																	Hé-réd.
Année 1930 (suite)																																	
740	38	III	»	»	»	»	»	terme	»	artificielle	artificielle	1 h. 30'	1 h. 15'	1 h. 30'	OIG	OID	1 h. 30'	»	»	»	800	1400	»	+	»	3130	3650	»	»	»	»		
808	32	II	»	»	Mal d'Addiso.	»	»	8 mois ½	»	précoce	spontanée	19 h. 42'	3'	5'	OIG	Siège ct	15'	»	»	»	300	1200	»	+	»	2220	2710	»	»	»	»		
977	29	IV	»	+	»	»	»	8 mois	»	artificielle	artificielle	2 h. 25'	10'	5'	Siège ct	OID	10'	»	»	»	300	1100	»	+	»	2880	2540	»	»	»	»		
1006	29	II	»	»	»	»	»	7 mois	»	prématur.	artificielle	5 h. 55'	5'	5'	OID	OID	10'	»	»	»	400	990	»	+	»	1690	1920	»	»	»	»		
1107	30	III	»	»	»	»	»	terme	»	spontanée	artificielle	4 h. 20'	5'	5'	OIG	OID	10'	»	»	+	1100	1120	»	+	»	3120	3990	»	»	»	»		
1132	38	V	»	»	»	»	»	8 mois ½	»	spontanée	spontanée	20 h. 55'	5'	5'	OIG	OID	10'	»	»	»	800	840	»	+	»	1930	2370	»	»	»	»		
1125	27	I	»	+	Hémophilie	Albumine	»	terme	+	spontanée	artificielle	24 h. 25'	In. tot.	In. tot.	OIG	Siège ct	10'	Forceps	Gde extr. du siège	+	1200	840	+	+	»	2900	2980	Endométrite	»	»	B.W. (+)		
1276	27	III	»	»	»	»	»	8 mois	»	précoce	artificielle	2 h. 55'	5'	»	OIG	OID	30'	»	»	+	1100	1020	»	+	»	2650	2500	»	»	»	»		
Année 1931																																	
57	38	II	»	»	»	»	»	8 mois	»	spontanée	spontanée	5 h. 25'	5'	3'	OID	Siège ct	5'	»	»	»	200	570	»	+	»	1760	1810	»	»	»	»		
61	27	I	»	»	»	Albuminurie	»	8 mois	+	artificielle	artificielle	7 h. 50'	»	»	OID	Siège ct	10'	Forceps	Gde ext. du siège	»	700	770	»	+	»	2450	2080	»	»	»	»		
64	25	II + f. c.	»	»	»	»	»	8 mois	»	artificielle	artificielle	10 h. 10'	5'	10'	OIG	Siège ct	15'	»	»	»	200	870	»	+	»	2250	2040	»	»	»	»		
228	26	III	»	+	»	»	»	8 mois	»	spontanée	artificielle	1 h. 50'	10'	»	Siège ct	OIG	10'	»	»	»	400	740	»	+	»	3050	1620	Endométrite	Mort-né	macéré	»		
479	29	II	»	»	»	»	»	8 mois ½	»	précoce	précoce	1 h. 30'	5'	5'	OIG	Siège ct	20'	»	»	»	900	1700	»	+	»	2070	2730	Endométrite	»	»	»		
493	24	II	»	»	»	»	»	terme	+	précoce	artificielle	10 h. 50'	5'	10'	Siège ct	Siège déc.	25'	»	»	»	500	1740	»	+	»	2750	3280	»	»	»	»		
552	41	V + 3 f. c.	»	»	»	»	»	terme	»	spontanée	spontanée	1 h. 27'	3'	5'	Siège ct	OID	15'	»	»	»	300	1370	»	+	»	3160	3210	»	»	»	»		
572	21	I	»	»	Tuberculose	»	»	8 mois	»	précoce	artificielle	10 h. 35'	10'	5'	OID	OIG	15'	»	»	»	400	900	»	»	+	1400	1590	Endométrite	Mort 2 ^e jour	Mort ap. 1 h. 40'	B.W. (—)		
617	26	II	»	»	»	»	»	8 mois ½	»	prématur.	prématur.	1 h. 55'	5'	5'	OIG	OIG	10'	»	»	»	1300	920	»	»	+	2350	2700	»	»	»	»		
693	30	I	»	»	»	»	»	8 mois	»	spontanée	artificielle	36 h. 35'	10'	»	OIG	OID	15'	»	»	»	500	1000	»	+	»	2000	2170	»	»	»	»		
721	21	II	»	»	»	»	»	»	»	précoce	artificielle	12 h. 50'	10'	5'	OID	Siège ct	10'	»	»	»	400	1120	»	+	»	2300	2170	»	»	»	»		
886	23	I	»	»	»	»	»	terme	+	spontanée	artificielle	14 h.	1 h.	15'	Siège ct	Siège ct	15'	»	»	»	600	1280	»	+	»	2980	3000	»	»	»	»		
887	32	II	»	»	»	Albumin.	»	8 mois	+	précoce	artificielle	7 h. 30'	2 h.	10'	OIGT	Siège ct	»	Forceps	Version	+	1000	1200	»	+	»	3000	2750	Endométrite	»	»	»		
912	28	III	»	»	»	»	»	8 mois ½	»	précoce	précoce	7 h. 30'	30'	10'	Siège ct	Siège ct	10'	»	»	»	700	1050	»	+	»	2480	2350	»	»	»	»		
992	27	I	»	»	Bassin vicié	»	»	terme	»	artificielle	artificielle	28 h.	»	»	Siège ct	Siège ct	15'	Gde ext. du siège	Gde ext. du siège	»	500	1080	»	+	»	2950	2460	Endométrite	»	»	»		
102	25	II	»	»	»	»	»	8 mois	»	précoce	artificielle	5 h. 55'	10'	10'	Siège déc.	OS.	30'	»	»	»	800	970	»	+	»	2400	2220	»	»	»	»		
1051	34	I	»	»	»	Alb. massive	»	terme	»	prématur.	prématur.	17 h. 50'	1 h.	30'	Siège déc.	Siège déc.	15'	»	»	»	400	1370	»	+	»	2550	2950	Alb. persistante	»	»	»		
134	23	I	»	»	Rach. B. vicié	»	»	terme	»	spontanée	artificielle	7 h. 30'	10'	»	Siège ct	OID	15'	»	»	»	300	900	»	+	»	2520	2670	»	»	»	»		
Année 1932																																	
20	23	III	»	»	»	»	»	»	terme	spontanée	artificielle	15 h. 20'	10'	»	OIG	OIG	15'	»	»	»	400	1100	»	+	»	3180	3250	»	»	»	»		
48	34	III	»	»	»	»	»	8 mois ½	+	spontanée	artificielle	19 h. 5'	10'	»	OIG	Siège ct	15'	»	»	»	300	990	»	+	»	2700	2900	»	»	»	»		
66	30	II	»	»	»	»	»	terme	»	»	»	2 h. 40'	20'	»	OIG	OS	30'	»	»	»	1400	1200	»	+	»	2910	2700	End. métrite	»	»	»		
86	27	II	»	»	»	»	»	»	»	spontanée	artificielle	2 h. 45'	30'	»	Siège ct	OID	30'	»	»	»	600	780	»	+	»	2200	2750	»	»	»	»		
173	34	II	»	»	Tuberculose	»	»	terme	»	spontanée	artificielle	5 h. 50'	5'	»	OIG	OIG	»	»	»	Version	+	500	1300	»	+	»	2980	2900	»	»	»	»	
253	23	II	»	»	»	»	»	8 mois ½	»	spontanée	artificielle	3 h. 5'	25'	10'	Siège ct	OIG	15'	»	»	»	500	1120	»	+	»	2900	3390	»	»	»	»		
348	36	IV	»	»	»	»	»	8 mois ½	»	spontanée	spontanée	7 h. 37'	3'	3'	OID	OID	10'	»	»	»	850	870	»	+	»	2810	2550	»	»	»	»		
424	22	I	»	+	»	»	»	terme	»	spontanée	artificielle	16 h.	»	»	Bugma	Siège ct	15'	Forceps	Gde ext. du siège	+	1100	810	+	+	»	2370	3500	»	Mort-né	Macéré	Trépon. foie-rat		
437	28	II	»	»	»	»	»	8 mois ½	»	spontanée	artificielle	10 h. 45'	5'	10'	OIGA	Siège ct	»	»	»	»	200	1150	»	+	»	2880	2260	»	»	»	»		
643	22	III	»	»	»	»	»	8 mois	»	artificielle	spontanée	3 h. 54'	6'	3'	OID	Siège ct	10'	»	»	»	200	900	»	+	»	2800	2250	»	»	»	»		
718	23	I	»	»	Scol. Giblosité	Toxémie	»	terme	+	spontanée	spontanée	11 h. 45'	15'	»	OIG	OID	15'	Forceps	Version	+	500	990	+	+	»	2420	2770	»	»	»	»		
834	29	III	+	»	»	»	»	7 mois ½	»	artificielle	artificielle	2 h. 15'	5'	5'	OID	AID	10'	»	»	»	200	770	»	+	»	1330	1350	»	»	Mort 2 ^e jour	Vérif. trém. max		
922	26	I	»	»	»	»	»	8 mois	»	artificielle	artificielle	8 h. 15'	35'	5'	OID	OID	40'	»	»	»	600	900	»	+	»	2830	1720	»	»	Mort 1 ^{er} jour	»		
966	17	I	»	+	Lux. congénit.	»	»	»	+	Malade à terme accouchée et délivrée à domicile						»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	Mort-né	Mort-né	Trépon. foie-rat		
994	31	II	»	»	»	»	»	terme	»	prématur.	prématur.	3 h. 40'	5'	5'	OID	Siège ct	15'	»	»	»	500	950	»	+	»	2450	2470	»	»	»	»		

Année	Age	Parité	Antécédents			Accidents de gestation		Date d'accouchement	Hydr- amnios	Rupture des membranes		Durée de dilata- tion	Durée d'expulsion		Présentations		Ecart entre 2 accou- che- ments	Interventions		Délivrance		Pla- centa Poids	Shoc	Variété de grossesse		Poids des enfants		Suites de couches	Sort des enfants		Divers	
			Hé- réd.	ε ζ	Divers	Albumine	Vomis- sements			I	II		I	II	I	II		I	II	Artifi- cielle	Perte du sg			Bi	Uni	I	II		I	II		
Année 1932 (suite)																																
1128	36	III	»	»	»	»	»	terme	»	spontanée	artificielle	5 h. 15'	5'	5'	OIG	Siège ct	5'	»	»	»	550	1180	»	+	»	2970	2970	Phlébite	»	Mort le 2 ^e j.	»	
1242	31	IV	»	»	»	»	»	8 mois ½	»	spontanée	artificielle	50'	10'	5'	OIG	OIG	10'	»	»	»	600	720	»	+	»	1820	1540					
1270	28	I	»	»	»	»	»	8 mois	»	spontanée	artificielle	6 h. 30'	30'	10'	OIG	OIG	15'	»	»	»	300	870	»	+	»	1680	2200					
Année 1933																																
51	23	I	»	»	»	»	»	terme	»	précoce	artificielle	20 h. 50'	40'	10'	OID	OID	15'	»	»	»	400	950	»	+	»	2470	2520	Lymphangite	»	»	»	
116	28	V	»	»	»	»	»	8 mois ½	»	artificielle	artificielle	27 h. 25'	5'	5'	Siège ct	OIG	15'	»	»	»	500	870	»	+	»	2570	2570					
120	26	I	»	»	»	»	»	8 mois ½	»	précoce	artificielle	16 h. 45'	45'	15'	OIG	OS	15'	»	»	»	1100	1030	»	+	»	2190	2650					
160	19	I	»	»	»	»	»	8 mois	»	Chancres de l'amygdale	précoce	11 h.	1 h.	5'	OS	OIG	10'	»	»	»	900	950	»	»	+	2450	2290	Endométrite	»	»	»	
280	32	IV+2 f. c.	»	»	»	»	»	8 mois ½	»			11 h. 55'	5'	5'	OIG	Siège ct	10'	»	»	+	600	910	»	+	»	2470	2700					
335	26	I	»	»	»	»	»	8 mois ½	»			précoce	artificielle	33 h. 30'			Siège ct	artificielle	10'	»	»	»	500	800	»	+	»					2100
419	21	I	»	»	Ovariectomie	»	»	8 mois ½	»	précoce	artificielle			5'	OID	OIG	10'	»	»	»	400	1400	»	+	»	2950	2800	Endométrite	»	Tr. au sulfarsénol	Tr. au sulfarsénol	
540	36	IV	»	+		»	»	»	7 mois ½	»	spontanée	artificielle	6 h. 45'	15'	30'	OID	OIG		»	»	»	250	1130	»	+	»	2360					2530
648	20	I	»	»		»	»	»	8 mois ½	»	précoce	artificielle	13 h. 30'	1 h.		Siège déc.	Siège ct	20'	»	Gde extr. du siège	+	800	1110	»	+	»	3120					3210
657	34	X+1 f. c.	+	»	»	»	»	8 mois ½	»	spontanée	artificielle		1 h.		OS	Siège ct	20'	Forceps	Gde extr. du siège	+	900	1270	»	+	»	3260	2530	Endométrite	»	»	»	
665	36	I	»	»	»	»	»	8 mois	»	précoce	artificielle	19 h. 50'			OID	Siège ct	10'	Forceps	Gde extr. du siège	+	800	840	»	+	»	2180	1780					
675	28	III	»	»	»	»	»	8 mois ½	»	prématur.	artificielle	19 h. 20'	10'		OIG	Siège ct	20'	»	Gde extr. du siège	+	700	800	»	+	»	2780	2350					
695	24	II	»	»	»	»	»	7 mois ½	»	artificielle	artificielle	1 h. 35'	5'		OIG	Siège ct	10'	»	Gde extr. du siège	+	400	870	»	+	»	2110	2050	Phlébite gauche	»	»	»	
898	30	III	»	+	»	»	»	7 mois	»	précoce	artificielle	9 h.	5'		Siège ct	OIG	10'	»	Version	»	500	800	»	+	»	1360	1750					
908	42	V	»	»	»	»	»	8 mois	»	précoce	artificielle	12 h. 40'	10'	10'	Siège déc.	OS	20'	»	»	»	1000	1040	»	+	»	2600	2190					
1011		I	»	»	»	»	»	8 mois	»	précoce	artificielle	2 h. 55'	15'	5'	OID	OID	10'	»	»	»	600	820	»	+	»	2170	2030	Curage	»	»	»	
1109	29	II	»	»	»	»	»	8 mois	»	artificielle	artificielle	19 h. 35'	5'	5'	OIG	OID	10'	»	»	+	1900	1370	»	+	»	3510	3610					
1128	27	II	»	»	»	»	»	7 mois	»	spontanée	spontanée	14 h. 40'	5'	5'			10'	»	»	»	200		»	+	»	1800	1800					
Année 1934																																
187	37	IV+1 f. c.	»	»	»	»	»	8 mois ½	»	artificielle	artificielle	1 h. 37'	3'	5'	OIG	OIG	10'	»	»	»	450	890	»	+	»	2000	2130	Hypodévelopp.	Mort 1 ^{er} j.	Hypodévelopp.	Mort le 1 ^{er} jour	
150	34	IV	+	»	Mari tubercul.	»	»	8 mois ½	»	précoce	artificielle	1 h.	3'	3'	OIG	OID	10'	»	»	»	300	1050	»	+	»	3030	2160					
168	33	I + f. c.	»	»	»	»	»	8 mois	»	précoce	artificielle	5 h.	40'		Siège déc.	Siège ct	10'	»	»	+	650	970	»	+	»	2510	2370					
562	27	I	»	+	Albuminurie	»	»	8 mois ½	»	artificielle	artificielle	31 h. 5'	5'	5'	Siège déc.	OIG	10'	»	»	»	400	1020	»	+	»	2110	2050	Lymphangite	»	»	»	
666	17	I	»	»	»	»	»	prémat.	»	Albuminurie	artificielle	6 h.					20'	»	»	»			»			1030	1090					
816	29	VI	»	»	»	»	»	terme	»			5 h. 30'	10'	5'	OIG	OID	10'	»	»	»	500	1370	»	+	»	3150	3680					
836	23	I	»	»	»	»	»	7 mois ½	»	spontanée	spontanée	4 h.	10'	5'	OID	Siège ct	10'	»	Gde extr. du siège	»	1000	370	»	+	»	2010	1810	Endom. Galact.	»	»	»	
898	20	I	»	»	»	»	»	8 mois ½	+	artificielle	artificielle	23 h.	1 h.	30'	OID	Siège ct	10'	Forceps	Gde extr. du siège	+	100	630	»	+	»	1320	»					
925	23	II	»	»	Bassin vicié	»	»	8 mois ½	+	artificielle	artificielle	12 h. 35'	5'	10'	OIG	OT	10'	»	»	»	300	870	»	+	»	300	2750					
959	42	VII+1 f.c	»	»	»	»	»	8 mois	»	»	»	1 h. 7'	3'	3'	OIG	Siège ct	10'	»	»	+	300	670	»	+	»	2460	2240	Endométrite	»	»	»	
158	20	I	»	+	»	»	»	8 mois	»	prématur.	prématur.	4 h. 50	40'	20'	OIG	OID	20'	»	Gde extr. du siège	+	700	370	»	+	»	2520	2540					
163	21	I	»	»	»	»	»	8 mois	»	précoce	précoce	7 h. 30'	1 h.	30'	OIG	Siège ct	30'	Forceps	Version	+	1000	700	»	+	»	2140	2000					
350	26	II	»	»	»	»	»	8 mois	»	précoce	artificielle	9 h. 5'	5'		OIG	AID	20'	»	Version	+	700	880	»	+	»	2440	2250	Endométrite	»	»	»	
362	32	III	»	»	»	»	»	8 mois	»	précoce	artificielle	7 h.	3'		OID	AID	40'	»	Version	+	700	770	»	+	»	2030	1960					
445	33	I + 1 f. c.	»	»	»	»	»	terme	»	précoce	artificielle	38 h. 10'		30'	Siège déc.	OID	20'	»	Forceps	+	700	1070	»	+	»	»	»					
475	26	III	»	»	»	»	»	7 mois ½	»	spontanée	artificielle	18 h. 55'	5'	5'	OIG	Siège ct	10'	»	»	»	625	920	»	+	»	2210	2090	Endométrite	»	Macéré	Vécu 4 h.	
504	28	II	»	»	»	»	»	8 mois	»	spontanée	spontanée	5 h. 5'	5'	5'	OIG	Siège ct	10'	»	»	»	400	1120	»	+	»	2280	2360					

Année	Age	Parité	Antécédents			Accidents de gestation		Date d'accouchement	Hydr-amnios	Rupture des membranes		Durée de dilata-tion	Durée d'expulsion		Présentations		Ecart entre 2 accou-che-ments	Interventions		Delivrance		Pla-centa Poids	Shoc	Variété de grossesse		Poids des enfants		Suites de couches	Sort des enfants		Divers
			Hé-réd.	ε ζ	Divers	Albumine	Vomisse-ments			I	II		I	II	I	II		I	II	Artifi-cielle	Perte du sg			Bi	Uni	I	II		I	II	
Année 1935																															
221	24	I	"	"	"	"	"	8 mois	+	spontanée	artificielle	5 h.	20'		OIG	Siège ct	20'	"	Gde extr. du siège	"	250	1100	"	+	"	2250	2350	"	"	"	"
349	33	III	"	"	"	"	"	8 mois 1/2	"	artificielle	artificielle	17 h. 50'	10'	2'	OIG	Siège ct	10'	"	"	"	700	1160	"	+	"	3350	2580	"	"	"	"
363	25	I	"	"	Adénome du sein	Eclamp. Alb.	"	8 mois	"	précoce	artificielle	5 h. 50'			OTG	OT	15'	Forceps	Version	+	200	840	"	+	"	2090	2100	"	"	"	B.-W. (
419	32	III	"	"	"	"	"	terme	"	précoce	artificielle	23 h. 50'	30'	15'	OIG	OID	20'	"	"	"	600	1220	"	+	"	2940	2780	"	Mort le 1 ^{er} j.	"	Vérif., mal
631	22	I	"	"	"	"	"	8 mois 1/2	"	précoce	spontanée	30 h.	1 h.		OIG	AID	"	Forceps	Version	+	400	1150	+	+	"	2680	2460	"	"	"	"
709	26	II	"	"	"	"	"	7 mois 1/2	"	artificielle	artificielle	12 h. 35'	5'	5'	OIG	AID	20'	"	Version	"	300	870	"	+	"	2170	2340	"	Hypodévelopp.	Hypodévelopp.	"
740	28	II	"	"	Ovariectomie	"	"	7 mois 1/2	"	précoce	précoce	14 h. 30'	3'	3'	OIG	Siège ct	"	"	"	+	700	820	"	+	"	2070	1340	"	"	"	"
748	36	V	"	"	Appendicite, kyste	"	"	8 mois 1/2	"	spontané	artificielle	19 h. 25'	5'		OIG	AID	20'	"	Version	+	700	900	"	+	"	2740	2890	"	"	"	"
078	47	IV	"	"	d'ovaire	"	"	7 mois 1/2	"	artificielle	artificielle	6 h. 45'	5'	5'	OIG	OS	10'	"	"	"	200	870	"	"	+	2210	2400	"	"	"	"
240	35	V	"	"	"	"	"	8 mois	+	artificielle	artificielle	12 h. 35'	5'	5'	OIG	OID	10'	"	"	+	800	1000	"	+	"	2280	2540	"	"	"	4 lit. de li
Année 1936																															
138	32	II	"	"	"	"	"	8 mois 1/2	"	artificielle	artificielle		15'	5'	Siège déc.	Siège ct	10'	"	"	"	200	900	"	+	"	2890	2340	"	"	"	"
469	29	VI	"	"	"	"	"	8 mois	"	spontanée	spontanée	17 h. 17'	3'	3'	OIG	Siège ct	10'	"	"	"	1800	1300	"	"	+	3340	3000	Expl. intra-utér.	"	"	"
508	28	I	"	"	"	"	"	terme	"	spontanée	spontanée	15 h. 30'	40'	25'	Siège ct	AID	30'	"	Version	+	600	870	"	+	"	2070	2890	"	"	"	"
702	25	I	+	"	"	"	"	terme	"	précoce	artificielle	18 h.	1 h.		Siège ct	Bugma	10'	Forceps-Version	Gde extr. du siège	+	1000	1210	"	+	"	2100	3000	"	"	"	"
817	34	IV	"	"	"	"	"	8 mois	"	spontanée	artificielle	3 h. 27'	3'		OIG	OID	30'	"	Version	"	150	920	"	"	+	1750	2300	"	"	"	"
850	28	I	"	"	"	"	"	8 mois	"	spontanée	artificielle	23 h. 35'	5'	10'	OIG	Siège ct	20'	"	"	"	200	880	"	+	"	2730	2580	"	"	"	"
986	38	IV	"	+	"	"	"	7 mois 1/2	+	artificielle	artificielle	2 h.	5'	5'	OIG	OID	10'	"	"	"	300	950	"	+	"	1900	2150	"	Tr. au sulfarsénol	Tr. au sulfarsénol	"
Année 1937																															
51	20	II+ 1 f. c.	"	"	"	"	+ accentués	8 mois 1/2	"	spontanée	spontanée	11 h. 15'	5'	5'	OIG	Siège ct	20'	"	"	"	300	1100	"	+	"	2850	2130	"	"	"	"
143	32	IV	"	"	"	"	"	terme	+	prématur.	artificielle	32 h. 55'	15'	5'	OIG	Siège ct	10'	"	"	+	1200	1030	"	+	"	2700	3200	Endométrite	"	"	"
155	24	I	"	"	"	"	"	terme	"	précoce	artificielle	22 h. 50'	40'	10'	Siège ct	OIG	20'	"	"	+	600	1150	"	+	"	3180	2780	"	"	"	"
273	24	I	"	"	"	"	"	8 mois	"	spontanée	spontanée	18 h. 10'	1 h.	5'	OIG	OID	10'	"	"	+	850	830	"	+	"	2220	2540	Lymphangite	Genu recurvatum	"	"
372	26	II	"	"	Bassin limite	"	"	8 mois	"	précoce	artificielle	6 h. 30'	40'		Siège ct	Siège ct	30'	"	Version	+	300	720	"	+	"	2270	2540	"	"	"	"
508	22	I	"	"	"	"	"	terme	+	précoce	artificielle	30 h. 13'	45'		OIG	OID	10'	Forceps	Version	+	700	1170	"	+	"	3080	3310	"	"	"	"
514	19	I+1 f. c.	"	"	Mari tubercul.	Albumine	+ au 7 ^e m.	8 mois	"	"	"	6 h.	20'	5'	OIG	OT	20'	"	"	"	1400	1150	+	+	"	2100	2430	"	Mort 13 ^e j.	Hypodévelopp.	"
777	25	I	"	"	"	"	"	terme	+	spontanée	artificielle	28 h. 10'	2 h.		OID	OT	10'	Forceps	Version	+	750	1030	"	"	+	2210	3280	"	"	"	"

CONCLUSIONS

1° La proportion d'accouchements gémellaires relevée dans un service lyonnais fut, pour 13.635 accouchements, de 142, soit 10,4 %.

2° La gémellité serait *relativement* plus fréquente chez les femmes ayant dépassé l'âge de 30 ans (1,6 contre 0,95). Il apparaît d'autre part que le pourcentage de multigestes est nettement supérieur (60,7 %).

3° Nos renseignements ne nous permettent pas d'apporter de faits nouveaux à l'appui de la thèse classique de *l'hérédité gémellaire*.

La proportion de cas de *syphilis* a paru nettement plus élevée que pour l'ensemble des cas de grossesses uniques (11,2 % contre 2,1 %).

4° L'évolution de gestations gémellaires a surtout été caractérisée :

a) Par des *hydramnios* (12,5 % contre 0,3 % dans les cas de grossesses uniques).

b) Par quelques cas de *toxémie gravidique*, dont 2 seulement furent sévères, avec une éclampsie confirmée, mais non mortelle.

c) Par 11 cas d'*avortements*, soit 3,8 %.

d) Par 59 *accouchements prématurés* avant 8 mois et demi, dont 23 avant 8 mois, soit une proportion de 41,5 % avant le voisinage du terme.

5° Les deux accouchements n'ont jamais été séparés par *un intervalle* dépassant 1 h. 30 ; le plus souvent cet intervalle ne dépasse pas une demi-heure (115 fois sur 142).

6° Les *interventions* ont été imposées dans une proportion relativement considérable, soit 20,07 %, contre 7 % pour l'ensemble des accouchements.

7° Dans plus de la moitié des cas, *une hémorragie* plus ou moins importante de la délivrance a été signalée, supérieure à 1.000 gr. dans 18 cas, en tout une proportion de 51,5 % à opposer à celle de 10 % relevée dans les accouchements simples ; aucune ne fut mortelle.

8° Au point de vue anatomique, *les grossesses univitellines* sont seulement au nombre de 10, proportion nettement inférieure à celle des classiques.

9° *Le poids des enfants* ne fut que dans 13 cas supérieur à 3.000 gr. La différence du poids entre les deux enfants oscille le plus souvent entre 300 et 500 gr., les écarts maxima ayant été de 1.100, de 1.700 et 1.750 gr.

Dans 35 % des cas, *le sexe des enfants* fut différent. La proportion globale des garçons et des filles fut presque identique.

10° La *morbidité* est plus accusée dans l'accouchement gémellaire que dans l'accouchement simple. Mais il s'est agi surtout de formes légères d'endométrite.

Le cas unique de *mortalité* fut observé chez une asystolique.

11° La *mortinatalité et la mortalité précoce* des jumeaux furent élevées, atteignant ensemble un enfant sur 10, alors que pour les enfants uniques, elle ne dépasse pas 1 pour 32.

Vu :
LE DOYEN,
J. LÉPINE.

LE PRÉSIDENT DE THÈSE,
VORON.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 28 Novembre 1938.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
I. La fréquence des gestations gémellaires	9
II. L'âge et le degré de parité	11
III. Les antécédents héréditaires ou personnels et les influences pathologiques	13
Accidents de la gestation	15
IV. Le terme de l'accouchement	19
V. L'évaluation de l'accouchement	21
VI. Les présentations de chacun des fœtus	25
VII. L'écart entre les deux accouchements	27
VIII. Les interventions	29
IX. La marche de la délivrance	31
X. Les caractères anatomiques de l'œuf; le poids et le sexe des enfants	33
XI. Les suites de couches	37
XII. Le sort des enfants	39
CONCLUSIONS	43

